

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° 391

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Jean GOUÉZ**

Né le 24 avril 1897, à Plougastel-Daoulas (Finistère)

DE L'ÉTIOLOGIE SYPHILITIQUE

DE

CERTAINES HYDROCÈLES

DITES

“ ESSENTIELLES ”

*Président : M. CH. ACHARD, professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE

JOUBE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1922

188

391

THÈSE  
POUR  
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

391

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean GOUÉZ

Né le 24 avril 1897, à Plougastel-Daoulas (Finistère)

DE L'ÉTIOLOGIE SYPHILITIQUE

DE

CERTAINES HYDROCÈLES

DITES



“ ESSENTIELLES ”

*Président : M. CH. ACHARD, professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE

JOUBE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1922

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER  
ASSESEUR : G. POUCHET  
PROFESSEURS

|                                                                         | MM            |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Anatomie . . . . .                                                      | NICOLAS       |
| Anatomie médico-chirurgicale . . . . .                                  | CUNEO         |
| Physiologie . . . . .                                                   | CH. RICHET    |
| Physique médicale . . . . .                                             | ANDRÉ BROCA   |
| Chimie organique et Chimie générale . . . . .                           | DESGREZ       |
| Bactériologie . . . . .                                                 | BEZANÇON      |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale . . . . .                  | BRUMPT        |
| Pathologie et Thérapeutique générales . . . . .                         | MARCEL LABBÉ  |
| Pathologie médicale . . . . .                                           | RENON         |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       | LECENE        |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | LETULLE       |
| Histologie . . . . .                                                    | PRENANT       |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                             | POUCHET       |
| Thérapeutique . . . . .                                                 | CARNOT        |
| Hygiène . . . . .                                                       | BERNARD       |
| Médecine légale . . . . .                                               | BALTHAZARD    |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | MENETRIER     |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                          | ROGER         |
| Clinique médicale . . . . .                                             | ACHARD        |
|                                                                         | WIDAL         |
|                                                                         | GILBERT       |
|                                                                         | CHAUFFARD     |
| Hygiène et clinique de la 1 <sup>re</sup> enfance . . . . .             | MARFAN        |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                             | NOBECOURT     |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale . . . . . | CLAUDE        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .               | JEANSELME     |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      | PIERRE MARIE  |
| Clinique des maladies contagieuses . . . . .                            | TEISSIER      |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                         | DELBET        |
|                                                                         | GOSSET        |
|                                                                         | LEJARS        |
|                                                                         | HARTMANN      |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                      | Dr LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .                     | LEGUEU        |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                      | BAR           |
|                                                                         | COUVELAIRE    |
|                                                                         | BRINDEAU      |
| Clinique gynécologique . . . . .                                        | J.-L. FAURE   |
| Clinique chirurgicale infantile . . . . .                               | AUGUSTE BROCA |
| Clinique thérapeutique . . . . .                                        | VAQUEZ        |
| Clinique d'Oto-rhino-laryngologie . . . . .                             | SEBILEAU      |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                           | PIERRE DUVAL  |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

|               |                   |             |              |
|---------------|-------------------|-------------|--------------|
| ABRAMI        | DUVOIR            | LARDENNOIS  | RATHERY      |
| ALGLAVE       | FIESSINGER        | LELORIER    | REITTERER    |
| BASSET        | GARNIER           | LEMIERRE    | RIBIERRE     |
| BAUDOUIN      | GOUGEROT          | LEQUEUX     | RICHAUD      |
| BLANCHETIERRE | GREGOIRE          | LEREBoullet | ROUSSY       |
| BRANCA        | GUENIOT           | LERI        | ROUVIERE     |
| CAMUS         | GUILLAIN          | LEVY-SOLAL  | SCHWARTZ(A.) |
| CHAMPY        | GUILLÉMINOT       | MATHIEU     | TANON        |
| CHEVASSU      | HEITZ-BOYER       | METZGER     | TERRIEN      |
| CHIRAY        | JOYEUX            | MOCQUOT     | TIFFENEAU    |
| CLERC         | LABBÉ HENRI       | MULON       | VILLARET     |
| DEBRE         | LAIGNEL-LAVASTINE | OKINCZYC    |              |
| DESMAREST     | LANGLOIS          | PHILIBERT   |              |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

## A MON PÈRE

Docteur en Médecine

Licencié ès sciences

*Bien faible témoignage de notre  
admiration et de notre profonde  
reconnaissance pour les sages  
conseils qu'il nous a toujours  
donné et les lourds sacrifices qu'il  
a fait pour nous permettre d'ac-  
quérir le titre de docteur.*

## A MA MÈRE

## A MON GRAND-PÈRE

## A MA SŒUR ET MON BEAU-FRÈRE

## MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOUR

Médecin de l'hôpital Broussais  
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ACHARD

Officier de la Légion d'honneur  
Professeur de Clinique à la Faculté  
Membre de l'Académie de Médecine

DE L'ÉTIOLOGIE SYPHILITIQUE  
DE  
CERTAINES HYDROCÈLES  
DITES  
“ ESSENTIELLES ”

---

INTRODUCTION

L'hydrocèle, épanchement séreux de la vaginale, est depuis longtemps connue au point de vue symptomatique. Hippocrate, déjà, savait distinguer, des tumeurs du testicule proprement dit, les tumeurs du scrotum rénitentes et transparentes.

Mais leurs causes, leur mode de développement restèrent longtemps ignorées. Actuellement, la pathogénie de la plupart des hydrocèles est mieux connue. Il reste cependant un certain nombre de cas sur lesquels il semble impossible de mettre une étiquette étiologique. Ce sont les hydrocèles que tous les traités classiques qualifient d'essentiels, mais ce n'est là qu'un mot pour cacher notre ignorance.

Il faut d'ailleurs remarquer qu'ici comme au niveau des autres organes, le cadre des affections dites essentielles se restreint de plus en plus. Et l'on sait la part prépondérante, surtout depuis quelques

années, qu'acquiert la syphilis dans la pathogénie jusque-là obscure d'un grand nombre de ces affections.

Nous nous proposons, donc à la suite de notre Maître M. le docteur Dufour et grâce à un certain nombre d'observations recueillies pour la plupart dans son service de l'hôpital. Broussais, de démontrer l'origine syphilitique d'un grand nombre de ces ces hydrocèles dites essentielles.

Mais auparavant, c'est avec le plus grand plaisir que nous nous conformons à la tradition en adressant nos remerciements à tous les maîtres qui nous ont aplani les difficultés de la clinique dans les hôpitaux.

Nous prions M. le docteur Dufour, à qui nous devons le sujet de cette thèse, de vouloir bien accueillir ici l'assurance de notre profonde reconnaissance et de toute notre gratitude, pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant notre stage dans son service.

Tous nos remerciements à nos maîtres de l'Ecole de Rennes pour les efforts qu'ils ont faits dans le but de nous initier à l'art médical et nous faciliter l'étude clinique des maladies.

Nous prions M. le professeur Achard d'agréer l'expression de notre gratitude ; nous la lui devons tout entière pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

## HISTORIQUE

Nous n'avons pas à rappeler ici l'historique de toutes les hydrocèles. Il est depuis longtemps classique de distinguer deux classes d'hydrocèle. L'hydrocèle congénitale et l'hydrocèle simple.

L'*hydrocèle congénitale*, relève d'un processus bien spécial, la persistance du canal vagino-péritonéal. Tel est la cause de beaucoup la plus fréquente des hydrocèles du nouveau né. Chez l'adulte même, ce processus peut être en cause, ne donnant lieu à une réaction vaginale qu'après une longue période latente.

Quant aux *hydrocèles simples* il est également classique de la diviser en deux groupes.

Les unes relèvent d'une lésion évidente d'un organe sous-jacent. Ce sont les hydrocèles *secondaires* à une altération du testicule ou de l'épididyme.

Les autres sont dites *idiopathiques* ou essentielles, c'est-à-dire qu'elles semblent survenir spontanément ; sans lésions, du moins apparentes, du testicule ou de l'épididyme.

Déjà dans ces dernières années, de nombreux auteurs se sont efforcés de découvrir les causes jusque là inconnues de ces hydrocèles.

Il fut tout d'abord reconnu que celles-ci peuvent être rattachées à des altérations minimales et méconnues des organes sous-jacents à la tunique vaginale. Et dans cette hypothèse ces hydrocèles seraient d'être essentielles pour se ranger dans la catégorie des hydrocèles secondaires.

Telle était déjà l'opinion de Hunter, de Pott, de J. L. Petit.

Hunter, après avoir dit que les causes de l'hydrocèle sont inconnues, ajoute :

« Toutefois l'hydrocèle de la tunique vaginale  
« naît souvent d'une maladie du testicule... J'ai vu  
« aussi dans plusieurs cas, qui d'abord n'étaient pas  
« autre chose que de vraies hydrocèles ; car le testi-  
« cule paraissait à peine malade, le testicule aug-  
« mente peu à peu de volume avec le temps, c'est-  
« à-dire dans l'espace d'un ou deux ans et l'eau  
« diminue à tel point qu'il ne restait presque plus  
« qu'un testicule volumineux et malade qui pendant  
« tout un temps n'avait causé que peu ou pas de  
« douleurs ».

J. L. Petit fait de l'induration du testicule une complication de l'hydrocèle vaginale qu'il définit  
« un épanchement liquide dans le péritestés... Ce  
« gonflement préexistant du testicule ne se dissipant  
« pas, il se forme une hydrocèle qui vient peu à peu.  
« Cette hydrocèle dans la suite augmente au point  
« de cacher le testicule de sorte qu'on ignore en  
« quel état est cette partie.

Panas fut le premier qui dans une communication

à la Société de chirurgie (1872) invoqua des causes précises.

« Dans la majorité des cas, disait-il, l'hydrocèle « prétendue essentielle aurait pour cause une épидidymite partielle, subaiguë, latente ayant pour siège « la queue de l'épididyme, et plus rarement une orchite chronique. » Et il cite des observations de cas pris au hasard dans son service de l'hôpital Saint-Louis : aucun de ces malades n'a eu d'orchite, tous étaient indemnes, de syphilis, de blennorrhagie et de tuberculose. Il attribua donc ces hydrocèles à une altération du col de la vessie et de la prostate, affection commune chez les malades ayant dépassé la quarantaine, et chez qui se remarquaient ces hydrocèles.

Mais l'opinion de Panas fut infirmée par les recherches anatomiques de Lannelongue, confirmée par la thèse de Marimon, et par Monod qui considéraient les altérations de l'épididyme comme mécaniques et secondaires à l'hydrocèle : ce sont ces agents d'irritation de la séreuse elle-même qui occupent le premier rang dans la production de l'hydrocèle, et ce sont les contusions, les froissements répétés qui déterminent la congestion des organes et peuvent agir comme causes adjuvantes.

Mais cette réserve faite, il n'en reste pas moins vrai que dans bon nombre de cas, grâce aux constatations faites au cours des interventions chirurgicales, ont été vérifiées des lésions des organes enveloppés par la vaginale : les inflammations de celle-ci comme

celle des autres séreuses sont rarement primitives.

En effet, toute une série de causes ont été invoquées : Très souvent il s'agissait d'un petit kyste de l'épididyme, qui par sa seule présence irrite la séreuse à la manière d'un corps étranger. Les examens cytologiques pratiqués dans les liquides d'hydrocèle par Barjon et Cade ont démontré la présence fréquente des spermatozoïdes, due à la rupture de ces petits kystes dans la vaginale.

On a invoqué aussi les troubles de la circulation lymphatique, et l'on sait en particulier que c'est par ce mécanisme que se forment les hydrocèles chyleuses de la filariose.

Mais il reste un certain nombre de cas où ces diverses causes ne peuvent être invoquées. Il existe seulement des lésions inflammatoires chroniques de la vaginale. Il s'agit bien alors de *vaginalite chronique séreuse simple* dont il importe de rechercher la cause déterminante.

C'est dans ces cas que l'on a voulu faire jouer un rôle à la tuberculose en imposant soit l'action directe du bacille de Koch, soit l'action de ses toxines, la vaginale testiculaire réagirait à l'infection tuberculeuse de la même manière que la plèvre. Poncet, Tuffier et Jousset ont donné des preuves à l'appui de cette hypothèse. Tantôt il s'agit, comme dans l'observation citée dans la thèse de Dumas, de Montpellier, d'un sujet tuberculeux avéré, porteur d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du genou droit, dont le liquide tuberculisa le cobaye, et qui fit une hydrocèle simple.

Tantôt, il s'agit de pachyvaginalite, où l'examen histologique des lésions néoformées de la vaginale épaissie montra des lésions tuberculeuses typiques.

Tantôt enfin, il s'agit de vaginalite séreuse simple. Dans ces derniers cas Tuffier et Jousset ont pu découvrir grâce à la technique de Jousset, des bacilles de Koch dans le liquide d'exsudation de la vaginale.

Néanmoins, si, dans certains cas, la tuberculose semble pouvoir être invoquée avec certitude, celle-ci n'est pas l'unique cause de ces hydrocèles essentielles. Il n'est en effet qu'un critérium absolu : c'est l'inoculation au cobaye. Or Widai et Ravaut ont inoculé sans résultat le liquide de dix hydrocèles. Courmont a fait sept inoculations négatives de même Barjon et Cade ont échoué dans quinze cas.

Le rôle de la tuberculose ne paraît donc pas avoir l'importance qu'on a voulu lui attribuer. Il reste de nombreux cas où cette affection même ne peut être invoquée. « Ce sont ces cas, dit M. le Dr Dufour qui nous ont occupés (1), cas dans lequel l'hydrocèle « se présentait comme le seul témoin d'un état pathologique, sur lequel il était impossible de mettre une « étiquette étiologique. Ce sont des faits qu'on a « rangé faute de mieux dans la catégorie des hydrocèles dites idiopathiques.

« Or, ayant eu l'occasion d'observer deux malades « anciens syphilitiques avoués et porteurs de cette « forme d'hydrocèle, nous avons pensé, à l'aide de « la clinique, et du laboratoire, faire une enquête « étiologique, nous permettant de dépister si possible chez d'autres sujets atteints d'hydrocèle, les « signes d'une syphilis encore en activité.

« Et il nous cite deux observations ayant trait à des « malades anciens syphilitiques dont l'un a guéri à « la suite d'une ponction suivie d'injection iodée « (preuve clinique).

« Un troisième malade, qui avait eu la syphilis

1. Extrait des *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris* (séance du 23 juin 1914).

« autrefois, voyant une hydrocèle s'installer et grossir  
« et craignant que ce fût là une manifestation tar-  
« dive de sa maladie, vint nous consulter et guérit  
« complètement à la suite d'une ponction évacua-  
« trice et d'un traitement antisyphilitique à la fois  
« mercuriel et arsenical administré en piqûres  
« (preuve clinique et thérapeutique).

« Un quatrième malade hospitalisé dans notre ser-  
« vice (section des chroniques) avait vu se dévelop-  
« per, il y a un an, une hydrocèle qui guérit par  
« ponction suivie d'injection iodée. »

« Bien qu'il niât la syphilis nous pratiquâmes ulté-  
« rieurement sur son sang la réaction de Bordet-Was-  
« sermann et celle-ci fut trouvée des plus positives  
« (Preuve de laboratoire).

« Un cinquième malade nous était envoyé, sur  
« notre demande, par la consultation du service de  
« chirurgie de l'hôpital Broussais. Porteur d'une  
« grosse hydrocèle, il semblait être indemne de toute  
« syphilis, dont il niait très sincèrement l'existence.  
« Nous pratiquâmes avec son sang la réaction de  
« Wassermann, celle-ci fut négative.

« Ce cinquième cas paraissait devoir nous arrêter  
« dans nos recherches, lorsque nous eûmes l'idée de  
« rechercher la réaction de Bordet-Wassermann  
« dans le liquide de l'hydrocèle. Cette fois elle fut  
« absolument positive.

« Simplement ponctionné et traité par l'hectargyre  
« en piqûre, ce malade assiste actuellement à la dis-  
« parition progressive de son liquide, malgré une

« légère reproduction, qui avait suivi immédiatement  
« la première ponction (Preuve de laboratoire et  
« thérapeutique).

« Continuant nos investigations nous nous adres-  
« sâmes à un sixième malade, soigné dans le service  
« de chirurgie pour un ulcère variqueux, et atten-  
« dant qu'on l'opérât d'une hydrocèle par retourne-  
« ment de la vaginale.

« Son sang nous donne une réaction de Bordet-  
« Wassermann partiellement positive, alors que la  
« réaction fut nettement positive dans le liquide  
« d'hydrocèle (Preuve de laboratoire et même clini-  
« que, car l'on sait la fréquence de la spécificité de  
« l'ulcère dit variqueux).

« Enfin un septième malade est entré récemment  
« dans notre service pour une tuberculose pulmo-  
« naire à forme fibreuse. Il a une vieille hydrocèle  
« datant de vingt ans au moins, laquelle est peu volu-  
« mineuse sans tendance à l'augmentation.

« La réaction de Bordet-Wassermann est négative  
« avec le sang de ce malade, mais elle est partielle-  
« ment positive dans le liquide d'hydrocèle.

« Les lésions ici paraissent presque éteintes, mais  
« encore constatables (Preuve de laboratoire).

« Chez deux de nos malades, le liquide d'hydro-  
« cèle injecté à la dose de 10 centimètres cubes dans  
« le péritoine de cobayes n'a pas amené la tubercu-  
« lisation de l'animal dans le délai de quatre semai-  
« nes (1). »

1. Nous avons également une fois injecté le culot de centrifuga-

Nous voici donc en présence de sept malades reconnus tous syphilitiques cliniquement ou par des examens du sang et du liquide d'hydrocèle chez lesquels se développe une hydrocèle.

Poursuivant des recherches dans ce sens nous avons pu recueillir un certain nombre d'observations qui viennent s'ajouter aux précédentes.

tion du liquide d'hydrocèle dans le testicule d'un lapin, mais ce lapin étant mort au bout de trois semaines, nous n'avons pas constaté la présence de spirochètes sur des coupes de ce testicule traité par le procédé de Levaditi.

## OBSERVATIONS

### OBSERVATION I (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Dufour)

M. G. E..., âgé de 70 ans exerçant la profession de maçon.

*Antécédents héréditaires.* — Son père est mort à 69 ans d'une fluxion de poitrine. Sa mère à 64 ans d'une affection inconnue. Un frère mort à 47 ans d'affection inconnue. Deux sœurs bien portantes.

*Antécédents personnels.* — Aucune affection dans son enfance, aucune blennorragie. A 27 ans il contracte la fièvre jaune au Maroc, à 58 ans il subit une amputation des deux dernières phalanges du quatrième doigt de la main droite (accident de travail). Marié deux fois, veuf deux fois. Sa première femme est décédée à la suite d'une péritonite consécutive à une grossesse. Pas de fausses couches. Un enfant bien portant. Sa deuxième femme morte probablement de cardiopathie (étouffements, battements de cœur, œdème). Un accouchement au forceps. enfant mort, pas de fausses couches.

Le malade dit n'avoir jamais remarqué aucun signe de spécificité.

Le malade entre à l'hôpital le 21 janvier 1920 pour douleurs localisées à la région lombaire, consécutives à un effort pendant le travail survenu il y a trois semaines. Depuis cet

accident il s'aperçoit que son testicule droit augmente progressivement de volume.

A l'examen la bourse droite est augmentée de volume et donne à la palpation une sensation de tension liquide. Le testicule gauche présente à son pôle inférieur une petite masse douloureuse. On pratique une ponction exploratrice de la bourse droite, on en retire un liquide citrin. La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée dans le sang du malade est franchement positive (Institut Pasteur, 24 janvier 1920).

A l'examen du malade on ne trouve rien aux poumons, rien au cœur, rien dans les urines, on note de la leucoplasie au niveau de la muqueuse de la joue gauche. Les réflexes sont normaux.

#### OBSERVATION II ( inédite )

( Due à l'obligeance de M. le Dr Dufour )

M. G. . . , âgé de 71 ans, sans autre antécédent pathologique qu'une crise d'occlusion intestinale datant de plusieurs années, s'est plaint au début de 1919 de quelques symptômes d'artériosclérose, qui ont été attribués à un surmenage dans les affaires.

Le 4 mars 1919, à la suite d'une intoxication intestinale louche, il fut atteint d'une congestion cérébrale, avec hémiparésie gauche. Son état s'améliora assez progressivement, mais le 3 avril survint une nouvelle hémorragie cérébrale avec hémiplégie gauche complète pour le membre supérieur, presque complète pour le membre inférieur.

L'hémorragie cérébrale fut attribuée à l'artériosclérose. Le

malade reçut des injections de lipiodol. Son état s'améliora un peu. Il récupère les mouvements du membre inférieur, mais il conserve une céphalée violente et des troubles intestinaux.

Le 18 juillet M. le Dr Dufour examinant le malade, remarque une hydrocèle gauche peu volumineuse, déjà ancienne, émit l'idée que tous les accidents que le malade avait présenté auparavant pouvaient être d'origine spécifique.

La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée simultanément dans le liquide d'hydrocèle et dans le sang fut franchement positive. Le malade reçut successivement des injections d'hectargyre, d'hectine, de benzoate de soude.

Son hydrocèle s'améliora grandement en même temps que sa paralysie. Fin 1919, l'état général est parfait, il n'y a plus ni céphalée ni troubles intestinaux. Le malade marche seul et même sans canne. Seul le membre inférieur gauche reste inerte.

### OBSERVATION III (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Dufour)

M. D. J..., âgé de 46 ans, exerçant la profession de mécanicien est venu le 4 mai 1920 à la consultation de médecine.

Depuis quatre jours il souffrait de douleurs en ceinture siégeant à la base du thorax mais surtout à droite. On lui conseille de rentrer à l'hôpital se reposer quelques jours. Il a passé vingt-quatre ans aux colonies, a eu quelques accès de paludisme ; une blennorragie, de nombreux chancres mous. A 32 ans une légère congestion du foie qui fut soignée à l'infirmerie. Enfin depuis quelques mois sa famille avait remar-

qué assez fréquemment qu'il avait les yeux jaunes (Il a des habitudes éthyliques).

L'examen du malade dénote un facies vultueux, de la leucoplasie buccale avec un kyste gingival, des varices aux membres inférieurs siégeant surtout à gauche, une vieille hydrocèle droite avec un epididyme induré et un testicule atrophie.

La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée dans le sang et le liquide d'hydrocèle est franchement positive.

Son foie est gros, déborde de deux travers de doigt le rebord costal.

La mensuration donne 14 centimètres sur la ligne mamelonnaire, 12 centimètres sur la ligne médiane. La rate est normale, il n'y a pas d'ascite, le cœur et les poumons sont normaux.

Les réflexes ne sont pas exagérés et on ne trouve pas chez lui de signes objectifs d'éthylisme.

Il n'a pas de troubles dyspeptiques, ses urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

#### OBSERVATION IV (résumée)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Dufour)

M. H..., 58 ans.

Hydrocèle gauche avec leucoplasie buccale commissurale.

Réflexes pupillaires normaux, réflexes rotuliens conservés.

Bordet-Wassermann positif dans le liquide d'hydrocèle, négatif dans le sang.

### OBSERVATION V (résumée)

Due à l'obligeance de M. le Dr Dufour)

M. A..., âgé de 72 ans, exerçant la profession de gardien de nuit.

Hydrocèle gauche. — Le malade ne présente aucun signe de spécificité.

Bordet-Wassermann positif dans le sang.

Le malade meurt des suites d'une pneumonie le 8 février 1914.

### OBSERVATION VI (personnelle)

(Prise dans le service de M. le Dr Dufour)

M. D. A..., âgé de 60 ans. Facteur en retraite, n'a eu aucune maladie antérieure. Cependant à l'âge de 35 ans il aurait observé un petit bouton induré sur la verge, en même temps il aurait eu de violents maux de tête et mal à la gorge. Peu après une éruption ressemblant par sa description à une roséole serait apparue chez lui.

*Antécédents héréditaires.* — Il est le sixième enfant ou trois d'entre eux (deux frères et une sœur) sont décédés subitement à la suite d'une néphrite nous dit-il.

*Antécédents personnels.* — Il s'est marié deux fois. Sa première femme, grande tousseuse est morte de bacillose pulmonaire. Il eut deux enfants de cette union Une fille morte à 17 ans de bacillose, l'autre est bien portante.

Sa deuxième femme jouit d'une bonne santé et ne tousse pas.

Mais lui ne dort pas depuis déjà deux ans. Sujet à des cauchemars, il pousse des cris pendant la nuit (on ne remarque pourtant pas chez lui de signes objectifs d'éthylisme). Son **appétit est conservé**.

Il y a quatre mois son ventre a augmenté de volume presque subitement. En même temps il éprouvait de la pesanteur, des tiraillements dans la bourse droite qui a enflé presque subitement. Cette hydrocèle qui siégeait à droite a été ponctionnée **une première fois le 15 novembre 1920**.

Le 23 mars 1922, le malade est pris de douleurs très violentes siégeant à **un travers de main au-dessus de l'ombilic**, douleurs irradiant jusque dans le dos, s'exacerbant la nuit pendant le sommeil. La nuit suivante il a des sueurs froides, de la sécheresse de la langue, des crises d'étouffement et des vomissements bilieux.

Entré à l'hôpital, le 31 mars, son ventre diminue de volume, on ne constate pas d'œdème des extrémités. Pas d'anorexie, et digère bien ce qu'il prend et n'a ni constipation ni diarrhée.

Aucun signe à l'auscultation du cœur ni du poumon (examen contrôlé par la radio).

Sa réflectivité est normale, cependant le réflexe rotulien gauche n'existe plus.

Son foie est gros et déborde de deux travers de doigt les fausses côtes. Il est douloureux à la pression et est à bord tombant. Sa rate n'est pas perceptible.

Son abdomen est distendu mais ne donne pas la sensation de flot. L'on constate par contre une volumineuse hydrocèle siégeant cette fois du côté gauche. Ponctionnée l'on en a retiré une assez grande quantité d'un liquide jaune citrin.

La réaction Bordet-Wassermann pratiquée dans ce liquide est négative. Dans le sang la réaction est négative également. L'on a injecté le culot de centrifugation de ce liquide du cobaye. Sacrifié au bout de trois semaines l'on n'y a constaté aucune granulation tuberculeuse à l'autopsie de l'animal.

Les urines sont claires et ne contiennent ni sucre, ni albumines, ni pigments biliaires.

### OBSERVATION VII (Personnelle)

L..., 59 ans camionneur entre à l'hôpital en février 1921 pour emphysème généralisé, dyspnée d'effort, éthylique.

Il a un gros foie et on perçoit à l'auscultation de nombreux râles sibilants dans toute l'étendue de ses deux poumons.

Il a trois enfants, deux sont morts l'un à deux mois, l'autre à deux ans.

À l'auscultation du cœur on trouve de l'arythmie. Un deuxième bruit clangoreux, un souffle d'aortite. Son pouls est tendu.

La percussion dénote une zone de matité débordant de deux travers de doigt le bord droit du sternum.

La pression prise au Pachon est de 15 maximum, 8 minimum.

On trouve chez lui les signes d'un tabès en évolution (malgré les dires du malade qui nie toute spécificité).

Des troubles sensitifs : subjectifs consistant en douleurs spontanées, et objectifs marqués par des modifications de la perception de sensibilité.

Les douleurs spontanées surviennent par crises, ce sont

des douleurs fulgurantes siégeant aux membres inférieurs, au mollet et au pied, occupant aussi le bord interne du bras et de l'avant-bras et se prolongeant jusqu'au petit doigt, elles ont surtout le caractère de brusquerie, sillonnant les membres comme un éclair, atteignant tout à coup, un paroxysme intense, comme une décharge électrique arrachant des cris aigus au malade.

Des troubles objectifs de la sensibilité atteignant la sensibilité superficielle, celle de la peau, et la sensibilité profonde atteignant les tissus sous-cutanés, les muscles, les os et les nerfs.

L'abolition des réflexes est très marquée. Abolition des réflexes rotuliens (signe de Westphal) et disparition des réflexes achilléens. Au membre supérieur par contre les réflexes tendineux et osseux n'étaient pas modifiés. Le Babinski est négatif.

L'incoordination motrice est très accentuée prédominant aux membres inférieurs, cet homme lorsqu'on le fait marcher lance ses jambes, talonne. Le signe de Romberg est positif. L'hypotonie musculaire est chez lui nettement caractérisée se révélant à la simple palpation par une mollesse particulière des muscles, qui ne donne plus à la main la sensation de consistance élastique du muscle normal.

Peu de troubles trophiques mais par contre des troubles sensoriels très nets. De l'inégalité pupillaire et du myosis, de la diplopie, le signe d'Argyll-Robertson est positif.

Pas de manifestations auriculaires ni de troubles de l'odorat ni du goût.

Des manifestations viscérales. Du côté des voies urinaires,

troubles à la miction, le malade est forcé de pousser pour uriner, troubles des sphincters.

Des crises gastriques très marquées.

Cette affection s'accompagnait d'une réaction méningée.

Une ponction lombaire faite le 15 juillet 1922 donne un liquide céphalo-rachidien avec hyperlymphocytose et hyperalbuminose. La réaction de Bordet-Wassermann faite dans ce liquide est positive.

De plus il y a cinq mois est survenu chez lui une hydrocèle droite indolore qui augmente progressivement (décembre 1921). Il a de plus une diminution très nette de la sensibilité testiculaire. A l'examen on remarque une tuméfaction de la partie droite des bourses, tuméfaction ovoïde, allongée, du volume d'une grosse poire rénitente, s'allongeant en pointe du côté de la région inguinale.

#### OBSERVATION VIII (Personnelle et Résumée)

M..., 58 ans, entre à l'hôpital pour diabète.

On remarque en outre une hydrocèle volumineuse de la bourse droite.

Aucun autre signe de spécificité. La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée dans le sang est positive dans le liquide d'hydrocèle partiellement positive.

#### OBSERVATION IX (Personnelle)

H..., 52 ans, exerce la profession de coiffeur. En septembre 1914, il fit une chute de bicyclette. Il eut mal pendant une demi-heure environ.

Six mois après ses bourses gonflaient progressivement. A l'heure actuelle il est porteur d'une hydrocèle gauche volumineuse. Le 7 juillet une ponction de cette hydrocèle était faite donnant peu de liquide. Son testicule gauche est dur et atrophié. Son foie est hypertrophié.

Il y a sept ans il a eu une crise d'entérocélite, il y a quatre ans il a eu des crises de coliques hépatiques. Il a fréquemment des maux de tête et de la dyspnée. Sa vue est faible. Sa réflectivité est normale. Il lui arrive néanmoins parfois d'avoir des syncopes particulièrement au moment des repas (il perd connaissance pendant quelques secondes puis revient à lui ignorant ce qui a pu se passer).

On remarque également de la leucoplasie buccale.

Il nie toute spécificité, cependant la réaction de Bordet-Wassermann faite dans le liquide d'hydrocèle est franchement positive.

Sous l'impulsion d'un traitement par les piqûres d'hectine nous assistons à l'heure actuelle à une régression de son hydrocèle.

#### OBSERVATION X (Résumée)

P..., a une grosse hydrocèle.

Le Wassermann pratiqué dans le sang est positif.

Sous l'influence du traitement antisyphilitique nous assistons à la régression de son hydrocèle.

#### OBSERVATION XI (Résumée)

Y..., 22 ans.

Hydrocèle avec varicocèle.

Aucun signe de spécificité. Son père par contre aurait eu la syphilis. Sous l'influence d'un traitement par l'hectine nous assistons à la disparition complète de l'hydrocèle.

### OBSERVATION XII (Personnelle)

X..., enfant né le 8 avril 1922 à la clinique d'accouchement de Baudelocque.

L'enfant malingre, chétif légèrement ridé ne présente pas de craniotabès. Pas d'altération du côté de la peau ni des muqueuses. Le foie et la rate sont normaux. On constate seulement un peu de subictère et l'on trouve à la palpation une hydrocèle bilatérale non communicante survenue quatre à cinq jours après sa naissance. (La descente du testicule était effectuée au moment de sa naissance), *il n'y a pas de persistance du canal vagino-péritonéal.*

De cette hydrocèle ponctionnée le 20 avril on retire 10 centimètres cubes environ d'un liquide jaune foncé. La réaction de Bordet-Wassermann, pratiquée dans ce liquide est nettement positive. La même réaction pratiquée dans le sang de la mère et du père est négative.

Vu le poids du placenta (580 grammes) pour un enfant pesant 2.810 grammes et l'hydrocèle bilatérale ; on soumet l'enfant au traitement mercuriel, puis anti-syphilitique. On lui fait des frictions avec de l'onguent mercuriel pendant quatre jours consécutifs puis du sulfarsénol à la dose de 3 milligrammes tous les trois jours jusqu'à ce qu'on atteigne une dose totale de 3 centigrammes. Après ce traitement l'hydrocèle a complètement disparu.

## PLANCHE I

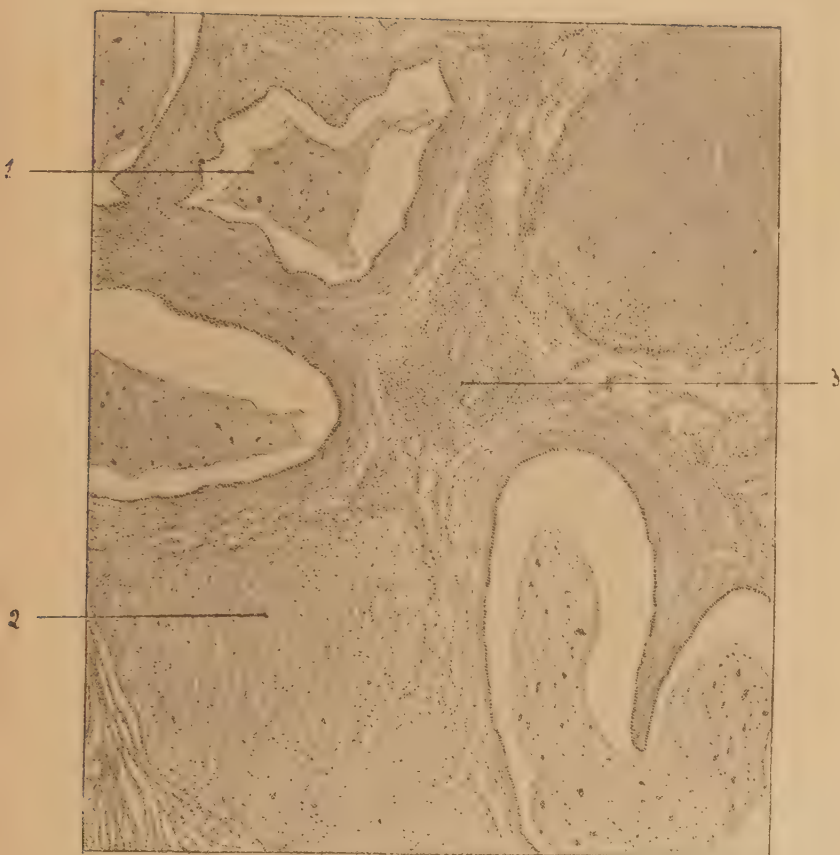


Fig. 1. — Tête de l'épididyme avec gomme ( inédite ).  
(Observation V). Gr. : 55/1.

1. Tube épididymaire dont l'épithélium paraît intact contenant dans sa lumière un magma nécrotique.
2. Gomme entourée de sclérose.
3. Confluent vasculaire avec endo et péri-vascularite.



## PLANCHE II

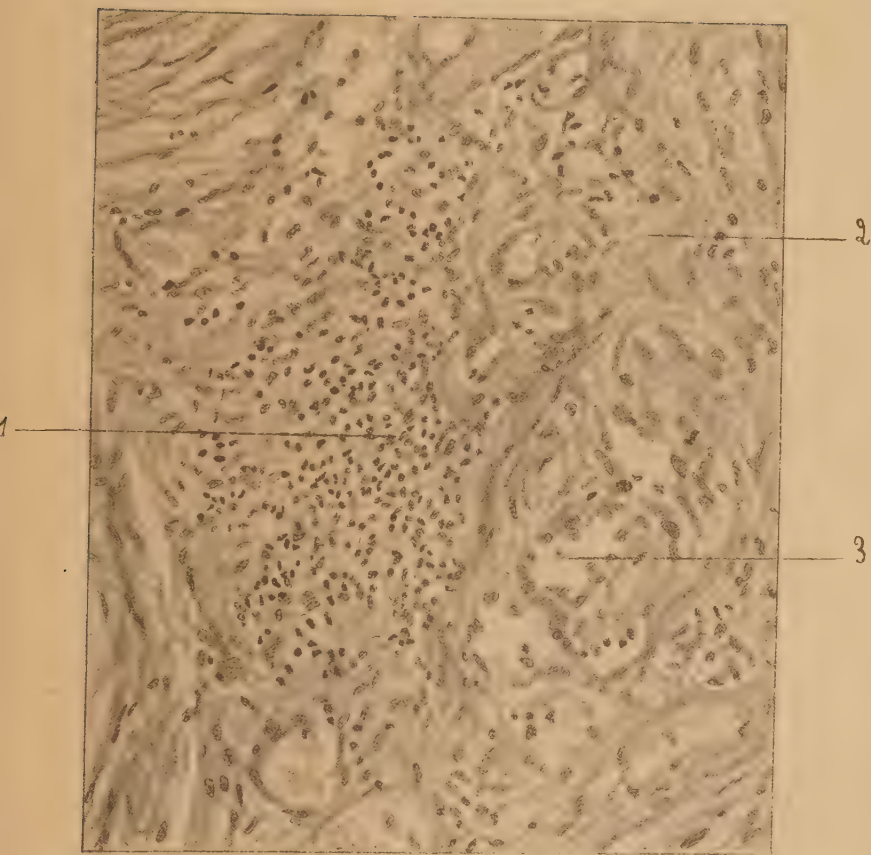


Fig. 2. — Un point de la préparation précédente vu au fort grossissement ( inédite). Gr. : 250/1.

1. Infiltrat lympho-plasmatique.
2. Trame collagène avec cellules conjonctives en métaplasie.
3. Capillaire avec endothélium gonflé.



Les observations que nous venons de citer méritent d'être discutées. Elles peuvent en effet être classées en un certain nombre de catégories où l'étiologie syphilitique se manifeste de façons diverses.

I. — Dans une première catégorie il s'agit de sujets porteurs d'une hydrocèle dont la nature n'apparaît pas cliniquement, mais chez qui l'examen nécropsique révèle une *lésion syphilitique méconnue de l'épididyme*.

Tel est le cas du malade cité dans l'observation V. Sans doute ces cas sont-ils assez fréquents mais il faut le hasard d'un examen anatomo-pathologique pour que l'on puisse vérifier la lésion. Chez notre malade, c'est une pneumonie qui en amena inopinément la mort.

L'examen de l'épididyme a été pratiqué : nous en reproduisons ici les coupes histologiques. Ces coupes examinées par M. le professeur Letulle révèlent l'existence de lésions syphilitiques.

La première figure nous montre les tubes épидидymaires dont l'épithélium semble intact. Dans la lumière de ces tubes un magma nécrotique. Au centre une gomme entourée de sclérose. Autour des vaisseaux nous remarquons de l'endo et de la péri-

vascularite (l'on sait en effet l'affinité de la syphilis pour les vaisseaux).

La deuxième figure qui n'est que la reproduction d'un point de la précédente mais fortement grossie nous montre l'infiltrat lymphoplasmatique, puis une trame collagène avec des cellules conjonctives en métaplasie ; enfin un capillaire dont l'endothélium est gonflé.

Il s'agit donc là d'une gomme scléreuse de l'épididyme. Ayant, par réaction de voisinage, déterminé la formation d'un épanchement séreux dans la vaginale.

La preuve de la nature syphilitique de cette hydrocèle avait d'ailleurs été fournie par la réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang du malade. La recherche des spirochètes par la méthode de Dominici fut négative. La recherche du bacille de Koch, par coloration au Ziehl fut également négative.

II. — Dans un deuxième ordre de faits, il s'agit de sujets chez qui *l'examen clinique et les réactions de laboratoire ont décelé avec certitude la syphilis.*

Tel est le cas d'un grand nombre de nos malades : ceux que nous avons cité dans les observations I, II, III, VI, VII, VIII, X.

*Observation I.* — Il s'agit ici d'un sujet chez qui la syphilis est révélée par le caractère franchement positif de la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang. Au premier abord l'attention peut être attirée par l'histoire du traumatisme relaté par le malade.

Mais l'influence de celui-ci paraît du moins très problématique (et il ne s'agit d'ailleurs, pas d'un traumatisme ayant porté sur les bourses). Par contre la syphilis est certaine et doit être invoquée. Où le traumatisme joue peut être un rôle ici comme dans le cancer, c'est en créant un point d'appel, occasionnel, favorisant le développement de la lésion spécifique jusque-là latente.

*Observation II.* — Dans cette observation l'hydrocèle apparaît comme un symptôme, qui, associé à un syndrome nerveux contribue à faire penser à l'étiologie spécifique de tous les accidents présentés par le malade. Cette hypothèse est en effet confirmée par les procédés de laboratoire : la réaction de Bordet-Wassermann positive à la fois dans le sang et dans le liquide d'hydrocèle vient montrer que l'hémorragie cérébrale d'une part, l'hydrocèle d'autre part ont pour origine commune la spécificité.

Le traitement spécifique enfin par le mercure et l'arsenic combinés, vient améliorer l'hydrocèle en même temps que la paralysie.

En un mot, la thérapeutique et le laboratoire sont venus confirmer la présomption clinique ; présomption née dans l'esprit du clinicien du fait même de la constatation d'un hydrocèle. Celle-ci a pris chez notre malade, une véritable valeur diagnostique, alors qu'à la suite d'un examen superficiel l'hémorragie aurait pu, étant donné l'âge du malade, être attribuée à la simple artériosclérose. Rappelons en passant, à ce propos, l'intérêt qu'il y a de rechercher toujours

la spécificité chez les sujets qui font une hémorragie cérébrale par artériosclérose.

*Observation III.* — Chez ce malade, l'histoire clinique, apparaît plus complexe. Les troubles fonctionnels présentés sont des douleurs hépatiques. En effet le foie est gros, le malade présente du subiclére. Or, il s'agit d'un ancien colonial, chez qui le paludisme associé à l'éthylisme peuvent suffire à expliquer ces troubles. Cependant on ne trouve aucun signe objectif d'éthylisme ; la rate est normale. Mais l'examen révèle une vieille hydrocèle droite avec un épидидyme induré et un testicule atrophié. Le malade accuse bien, dans ses antécédents une blennorragie mais pas d'orchite. D'autre part, on sait que l'atrophie testiculaire n'est habituellement pas une conséquence de la blennorragie. On est donc en droit de penser à la valeur syphilitique de l'affection du testicule et de l'hydrocèle, la constatation de leucoplasie buccale vient encore appuyer cette hypothèse.

C'est alors que le laboratoire vient encore apporter la confirmation définitive à la présomption clinique. Le Bordet-Wassermann est positif à la fois dans le sang et dans le liquide d'hydrocèle. Et de plus la lésion hépatique constatée est sans doute aussi le fait de la syphilis, agissant sur un terrain déjà préparé par l'éthylisme et le paludisme. Ce dernier semble éteint puisque la rate est normale.

*Observation VI.* — Dans cette observation les preuves de laboratoire sont absentes mais les antécédents syphilitiques sont certains. Il s'agit d'un

homme de 60 ans, chez qui survient assez brusquement, et sans cause apparente une hydrocèle qui devient assez rapidement volumineuse. Elle coïncide dans son apparition avec des douleurs abdominales et une poussée d'hépatite avec augmentation de volume du ventre réaction péritonéale et vomissements.

Or l'interrogatoire du malade nous apprend que celui-ci a eu il y a vingt-cinq ans un bouton induré sur la verge, suivi d'accidents divers, caractérisés par des maux de gorge, de la céphalée et une éruption rosée siégeant sur le thorax, les bras et les jambes. Le tout a disparu sans traitement, mais les accidents permettent d'affirmer que le malade a eu la syphilis. On est en droit de penser que son hydrocèle apparue sans cause à l'âge de 60 ans relève de la syphilis bien que les preuves de laboratoire soient absentes.

*Observation VII.* — Cette observation nous paraît typique. Il s'agit d'un sujet tabétique âgé de 59 ans qui entre en février 1921 dans un service de chroniques d'où il n'est pas sorti depuis. Le tabès est évident cliniquement, douleurs fulgurantes crises de vomissements, abolition des réflexes, troubles sensoriels et sensitifs, signe de Romberg, inégalité pupillaire et signe d'Argyll-Robertson, existence d'aortite. Au point de vue laboratoire, l'hyperalbuminose, la lymphocytose et la réaction de Bordet-Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien viennent affirmer surabondamment le tabès et la syphilis.

Or, c'est chez un tel malade, hospitalisé depuis des mois, que l'on voit survenir sans cause apparente une hydrocèle droite, absolument indolore et qui augmente progressivement.

L'étiologie de cet épanchement dans la vaginale nous paraît être avec évidence la syphilis.

*Observation VIII.* — Chez ce malade, ce qui domine le tableau, c'est un diabète avec polyphagie et polydypsie très marquée, avec polyurie atteignant 10 litres et glycosurie oscillant autour de 700 gr. par jour.

Mais d'autre part notre malade est porteur d'une hydrocèle volumineuse. On songe à la syphilis. La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée dans le sang est positive alors que dans le liquide d'hydrocèle elle ne l'est que partiellement. On est donc en droit de songer à l'étiologie syphilitique de l'hydrocèle, d'autant plus que la spécificité est encore invoquable comme cause du diabète puisqu'on sait actuellement que celui-ci peut dans quelques cas être rattaché à la syphilis par atteinte du foie et des glandes à sécrétion interne.

*Observation X.* — Chez ce malade qui nie absolument toute spécificité. La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est franchement positive. Nous n'avons pu pratiquer la même réaction dans le liquide d'hydrocèle le malade ayant refusé de se laisser ponctionner.

Mais sous l'influence du traitement antispécifique nous assistons à la disparition complète du liquide.

Néanmoins il subsiste un testicule dur et atrophié.

Cet ensemble d'observations nouvelles vient s'ajouter aux faits rapportés par MM. Dufour et Thiers dans les observations n<sup>os</sup> 3, 4 et 5 que nous avons rappelées au début de notre travail.

III. — Dans un troisième ordre de faits, c'est la *recherche de la réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide d'hydrocèle* qui a pu apporter une preuve de la nature syphilitique de l'hydrocèle.

Tel est le cas de deux de nos observations.

*Observation IV.* — Il s'agit d'un malade présentant une hydrocèle gauche et de la leucoplasie buccale. Le Wassermann est négatif dans le sang mais il est positif dans le liquide d'hydrocèle.

*Observation IX.* — C'est un malade qui attribue son hydrocèle à un traumatisme. Nous ne rappellerons pas ici ce que nous avons dit du rôle du traumatisme dans les hydrocèles spécifiques. Ce qu'il y a de curieux chez ce malade c'est l'acheminement vers la guérison de son hydrocèle sous l'influence d'un traitement anti-spécifique. Tout porte à croire que telle en est son origine puisque le Wassermann est positif dans le liquide. Quelques petits signes viennent confirmer cette opinion en faveur de l'étiologie spécifique ; les syncopes, l'abaissement de sa vue et surtout la leucoplasie buccale très nette chez lui.

Ces observations sont comparables. Aux observations n<sup>os</sup> 5 et 7 de la communication de MM. Dufour et Thiers.

*Observation XI.* — Chez ce malade un varicocèle. Aucun autre signe de spécificité. Ce serait là une manifestation tardive de son hérédité spécifique et sous l'influence de l'hectine tout rentre dans l'ordre assez rapidement.

IV. — Il faut enfin faire une place tout à fait spéciale à notre observation XII *concernant un enfant nouveau-né*. La question est ici beaucoup plus délicate, car l'on sait (ainsi que le faisait remarquer M. Comby dans la discussion qui suivit la communication de M. Dufour à la Société médicale des Hôpitaux) avec quelle fréquence se rencontre l'hydrocèle vaginale chez des nourrissons, même vigoureux et bien portants. En effet, dans ces cas, la persistance du canal péritonéo-vaginal est l'étiologie habituelle de cette catégorie d'hydrocèle vaginale.

Néanmoins notre observation relate l'histoire d'un nouveau-né chez qui apparaît une hydrocèle quelques jours après sa naissance, et cette hydrocèle guérit par suite d'un traitement mercuriel et arsenical.

C'est un enfant malingre et ridé comme un petit vieux pesant 2.810 grammes à la naissance. Son placenta pèse 580 grammes. Son poids est donc nettement trop élevé par rapport au poids de l'enfant (on sait que c'est là un signe en faveur de la syphilis, gros placenta). D'autre part la teinte subictérique de l'enfant est une autre présomption.

Puis chez cet enfant l'on vit apparaître quelques jours après la naissance une hydrocèle bilatérale. Or cette hydrocèle n'est pas communicante on ne peut

la réduire dans la cavité abdominale. Ce fait important montre qu'il n'y a pas persistance du canal péritonéo-vaginal : cette cause banale des hydrocèles du nouveau-né doit donc être écartée.

C'est alors que nous avons songé à l'étiologie syphilitique possible. La réaction de Wassermann fut pratiquée dans le liquide d'hydrocèle retiré par ponction ; elle fut franchement positive bien qu'elle se fut montrée négative dans le sang de la mère examinée simultanément. L'enfant fut alors soumis en traitement spécifique : frictions mercurielles pendant quatre jours ; puis sulfarsénol à la dose de 3 milligr. tous les trois jours jusqu'à ce qu'on eut atteint une dose totale de 3 centigrammes.

A la suite de ce traitement l'hydrocèle s'est complètement résorbée.

Nous sommes donc autorisés à penser que chez notre petit malade la syphilis a été la cause déterminante de l'hydrocèle ainsi que l'ont prouvé la clinique, le laboratoire et la thérapeutique.

| I<br>Lésions<br>sous-jacentes<br>méconnues | II<br>Chez des syphilitiques<br>avérés<br>Bordet-Wassermann<br>positif dans le sang | III<br>Bordet-Wassermann<br>positif dans le liquide<br>d'hydrocèle seul | IV<br>Enfant    | OBSERVATIONS                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Observation V                              | Observation I<br>— II<br>— III<br>— VI<br>— VII<br>— VIII<br>— X                    | Observation IV<br>— IX<br>— XI                                          | Observation XII | La réaction de Bordet-Wassermann a toujours été faite du moins deux fois dans chaque cas et dans des états différents de façon à ce qu'elle conserve sa valeur. |
|                                            | Communication<br>de M. le Dr Dufour<br><br>Cas III<br>— IV<br>— VI                  | Communication<br>de M. le Dr Dufour<br><br>Cas V<br>— VII               |                 | Dans toutes ces observations chaque fois le résultat concordait.                                                                                                |

## CONCLUSIONS

Il nous reste à envisager les conclusions théoriques et pratiques qui découlent de nos observations.

Nous nous rangeons à l'avis formulé par MM. Dufour et Thiers. *Les hydrocèles dites idiopathiques relèvent très souvent de la syphilis.*

### I. — Pathogénie

*A priori* rien ne s'oppose à une telle conception. On sait que la syphilis peut toucher tous les organes. On sait en particulier qu'elle peut toucher les séreuses, celles-ci réagissant à l'infection par la formation d'un exsudat sérofibrineux. Il s'agit là de véritables périviscérites. Or déjà MM. Peyrot et Milian ont fait remarquer que bien des hydrocèles essentielles sont des « périviscérites primitives » au même titre que les lésions chroniques du péricarde, de la plèvre, du péritoine. Nous avons d'ailleurs vu chez un de nos malades (obs. VI) l'hydrocèle coexister et apparaître en même temps qu'une légère réaction péritonéale et augmentation du volume du ventre.

Aussi MM. Peyrot et Milian concluaient-ils que l'étiologie des hydrocèles essentielles se confond

avec celles des périviscérîtes : les causes prédominantes en seraient l'artériosclérose, le mal de Bright.

Or on sait avec quelle fréquence on doit actuellement invoquer la syphilis comme cause d'artériosclérose ou de brightisme.

Pour nous ces périviscérîtes primitives sont en réalité secondaires à une syphilis évidente et latente, ainsi que bon nombre de nos observations l'ont montré. Des cas typiques nous en sont fournis : chez notre malade tabétique, chez notre artérioscléreux qui fit une hémorragie cérébrale. Le mécanisme de production de l'hydrocèle peut donc être de deux ordres :

1° Tantôt il y a une lésion épидидymaire ou testiculaire de nature syphilitique méconnue (obs. V) ;

2° Tantôt il s'agit d'un véritable processus de vaginalite syphilitique, apparaissant comme une périviscérîte primitive.

## II. — Moyens de diagnostic

Pour déceler la nature syphilitique de l'hydrocèle il sera bon de mettre en œuvre tous les procédés qui sont à notre portée :

1° *La clinique*, par un interrogatoire serré, un examen approfondi et complet du malade (recherche des lésions aortiques, de la leucoplasie, de tous les stigmates de syphilis) permettra souvent de la démontrer à elle seule ;

2° *Le laboratoire*, surtout viendra confirmer l'examen clinique par la recherche de la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et dans le liquide d'hydrocèle.

Dans le sang elle sera quelquefois négative ; mais on sait que cela ne permet pas de rejeter la spécificité, d'autant plus que les hydrocèles sont généralement d'apparition tardive, aux approches de la période tertiaire, et il est fréquent qu'à cette époque les réactions sérologiques soient négatives.

Aussi devra-t-on toujours pratiquer la réaction dans le liquide d'hydrocèle. Nous pensons avec M. Dufour que, comme dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux elle doit toujours y être positive, traduisant la manifestation évolutive locale de la syphilis.

C'est là, faisons-le remarquer, un procédé qui devrait toujours être employé comme moyen de diagnostic dans les cas où un épanchement de la séreuse vaginale vient se superposer à une tumeur du testicule ou de l'épididyme dont la nature reste douteuse. La constatation d'un Wassermann positif dans le liquide d'hydrocèle indique un traitement spécifique plutôt qu'une intervention chirurgicale.

3° *Valeur clinique*. — Enfin et toujours avec M. le Dr Dufour nous pensons que la constatation d'une hydrocèle survenue sans cause apparente surtout chez un sujet déjà âgé prend une valeur symptomatique en faveur de la syphilis. Cette valeur sera d'autant accrue qu'il coexistera avec d'autres

signes, tels que leucoplasie buccale, aortite, etc...

C'est ainsi que dans notre observation II, c'est la constatation d'une hydrocèle qui fit penser à notre maître M. le Dr Dufour, que l'hémorragie cérébrale présentée par le malade pouvait être de nature spécifique ; hypothèse qui se montra vérifiée.

### III. — Chez l'Enfant

Nous avons vu qu'il fallait faire une place à part aux hydrocèles du nourrisson. C'est avec la plus grande circonspection qu'il faudra conclure à la nature syphilitique d'une hydrocèle apparaissant au moment de la naissance ou quelques jours après elle. Mais nous pensons qu'il est des cas où, comme chez notre petit malade, cette étiologie doit être invoquée : on y pensera chaque fois que l'hydrocèle congénitale ne sera pas réductible dans l'abdomen. C'est alors que l'étude du poids du placenta, la recherche de spécificité chez les parents, l'examen du foie, de la rate, du crâne, de la peau, des muqueuses du petit, la réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide d'hydrocèle conduiront à un traitement spécifique.

### IV. — Thérapeutique

Enfin, les hydrocèles idiopathiques semblent ressortir plus à la médecine qu'à la chirurgie.

Après évacuation du liquide à la seringue, on instituera un traitement spécifique énergique selon les

procédés habituels : mercure, arsenic ou bismuth, au besoin combinés.

Enfin, comme le dit M. Dufour. « Il n'en est pas défendu d'aller porter le néo-salvarsan au contact même de la lésion, par introduction du médicament dans la vaginale, en utilisant des doses qu'une expérience ultérieure permettrait de fixer. »

Cependant cette thérapeutique est mal supportée et n'a pu être continuée.

Rappelons enfin que la thérapeutique prend ici une importance d'ordre général dans les cas où c'est la constatation d'une hydrocèle avec Bordet-Wassermann positif dans le liquide qui aura révélé une syphilis latente chez un sujet. L'institution du traitement spécifique fera bénéficier celui-ci d'une thérapeutique qui pourra empêcher l'apparition d'accidents ultérieurs beaucoup plus graves qu'une simple hydrocèle.

Nous pensons que des constatations cliniques ultérieures venant confirmer les recherches que nous avons poursuivies dans cette voie, la nature syphilitique de l'hydrocèle deviendra une notion courante qui permettra, dans certains cas de dépister la syphilis.

Le Président de la thèse,

Ch. ACHARD

Vu Le Doyen,  
ROGER

Vu et permis d'imprimer  
Le Recteur de l'Académie de Paris

APPELL

## BIBLIOGRAPHIE

- Aubert.* — Cytologie des hydrocèles. Thèse de Lyon (1902-1903).
- Delahaye.* — Thèse de Lyon (1895).
- Dufour et Thiers.* — Société médicale des Hôpitaux (23 janvier 1914).
- Dumas.* — Thèse de Montpellier (1907).
- Forgue.* — Précis de pathologie externe, t. II.
- Hunter.* — Œuvres complètes, traduction 1841. Traité de la maladie vénérienne, traduction Richet, 1859.
- Lannelongue.* — Bulletin de la Société de Chirurgie (1873), t. II.
- Marimon.* — Thèse de Paris (1874).
- Monod et Terrillon.* — Maladies du testicule et de ses annexes (1889).
- Panaz.* — Archives générales de Médecine (1872), 6<sup>e</sup> série, t. XIX, p. 5.
- Pascalis.* — Thèse de Paris (1884).
- Petit (J.-L.).* — Traité des maladies chirurgicales. Paris (1774).
- Pott.* — Pratical remarks on hydrocele of the testicles. London (1762).
- Thuillié.* — Thèse de Toulouse (1894-1895).
- Westermann.* — Thèse de Montpellier (1908).



